

## Specialistisch spreekuur voor alcoholproblematiek in de huisartspraktijk

Harrie Jansen • Gert-Jan Meerkkerk • Ben van de Wetering • Dike van de Mheen

Meer dan een op de tien inwoners van Nederland boven de zestien jaar drinkt meer dan goed is voor de gezondheid op korte of lange termijn (Poppelier, Wiel & Mheen, 2002; Verdurmen, Monshouwer, Dorsselaer & Graaf, 2003). In verschillende andere westerse landen is dat niet veel anders (Hupkens, Knibbe & Drop, 1993). De huisartspraktijk wordt algemeen gezien als de plaats bij uitstek waar alcoholproblematiek zou moeten worden gesignaleerd en aangepakt (Anderson, Laurant, Kramer & Wensing, 2004). Huisartsen herkennen op het spreekuur echter maar een klein deel van de problematiek en pas in een laat stadium. Hoe kunnen huisartsen geholpen worden om alcoholproblematiek in een vroeg stadium te herkennen en in behandeling te (laten) nemen? In Rotterdam legden we de nadruk op een structurele ingreep in de aanpak van alcoholproblemen, door de specialistische verslavingszorg letterlijk binnen te brengen in de huisartspraktijk. ‘Zelfde gang, deurtje verder’, zoals een van de medewerkers het uitdrukte.

### Inleiding

‘Als je gewoon in de praktijk van je eigen dokter met iemand van de Bouman kan spreken, is toch heel anders dan dat je je bij zo’n kliniek moet vervoegen waar allerlei drop-outs in de wachtkamer zitten. Toch?’ (huisarts 2, De Laan).

Een van de oorzaken voor onvoldoende tijdige herkenning van alcoholproblematiek is dat veel drinkers hun overmatig alcoholgebruik zelf niet opmerken en

dit daarom ook niet uit eigen beweging melden bij de huisarts. Het is geen aanmeldingsklacht op het spreekuur. Eventuele alcoholproblematiek moet dan ook door de huisarts zelf worden ontdekt. Er zijn echter verschillende oorzaken en omstandigheden die dat voor veel huisartsen niet eenvoudig maken (Anderson, Kaner, Wutzke, Wensing, Grol, Heather e.a., 2003; Arborelius & Thakker, 1995; Beich, Thorsen & Rollnick, 2003; Schippers, Geerlings & Van den Brink, 2001):

1. er zijn niet veel gezondheidsklachten die rechtstreeks in de richting van alcohol wijzen;
2. huisartsen beschikken niet over een betrouwbaar instrument voor de vaststelling van alcoholproblematiek dat gemakkelijk hanteerbaar is in het spreekuur;
3. huisartsen hebben vaak weinig vertrouwen in hun mogelijkheden om overmatige drinkers te helpen bij hun alcoholprobleem;
4. huisartsen zijn bang om hun relatie met de patiënt te verstoren door hem ongevroegd aan te spreken op het alcoholgebruik.

Sinds een aantal jaren is er internationaal, mede onder auspiciën van de WHO, toenemende aandacht voor deze problemen en wordt er actie ondernomen om tijdige herkenning en behandeling van alcoholproblematiek in de eerstelijns gezondheidszorg te bevorderen. Daarbij wordt vooral ingezet op intensievere training van huisartsen en praktijkondersteunend personeel in huisartspraktijken. Hiermee wordt echter maar een deel van de genoemde problemen weggenomen en bovendien brengt het veelal extra werk met zich mee waar weinig tegenover staat.

---

Harrie Jansen (✉)

Dr. H.A.M. Jansen is onderzoekscoördinator bij het IVO (wetenschappelijk bureau voor onderzoek naar leefwijzen en verslaving) te Rotterdam.

## Het project

Het project ‘Laagdrempelige screening en behandeling van alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk’<sup>1</sup> van het IVO, in samenwerking met Bouman GGZ, is uitgevoerd op vier praktijklokaties met in totaal twaalf praktijken en achttien huisartsen in Rotterdam en omgeving. De lokaties waren gekozen op variatie in type organisatie (solo-, duo- of groepspraktijk) en patiëntenpopulatie (etniciteit, sociaal-economische status, stedelijkheid). Deze lokaties gaven wij voor de rapportage de gefinancierde namen De Haven, De Laan, Het Centrum en De Vesting. Het project bestond uit de implementatie en evaluatie van een procedure voor de opsporing en behandeling van alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk. De twee kernelementen van die procedure zijn *a* een diagnostisch instrument, te gebruiken door de huisarts voor het vaststellen van beginnende alcoholproblematiek, en *b* een specialistisch spreekuur in of zeer nabij de betreffende lokatie, dat wordt gehouden door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV’er) van Bouman GGZ.

De procedure is geënt op de FAST Alcohol Screening Test (Hodgson, Alwyn, John, Thom & Smith, 2002) en wijkt met name door de vraag naar het consumptievolume af van de ‘oude’ NHG-standaard (Zutphen, Olst, Cornel, Willink & Hoeksema, 1990), zoals die gold bij de start van dit project (in de recente herziene versie is dit aangepast; Meerkerk, Aarns, Dijkstra, Weisscher, Njoo & Boomsma, 2005). Er zijn vier stappen onderscheiden.

1. *Attendering* op basis van klachten, symptomen of risicofactoren.
2. *Grove toets* bij vermoeden van alcoholprobleem, door de vraag: ‘Drinkt u wel eens alcoholhoudende dranken?’ Indien ‘Ja’, dan volgt stap 3.
3. *Fijne toets* met de vraag: ‘Drinkt u wel eens zes of meer glazen op één dag?’ Indien ‘Nee, nooit’, dan stopt de procedure zonder interventie. Indien ‘Ja, eenmaal of vaker per week’, dan volgt direct stap 4. In de andere gevallen (‘Ja, maar niet elke week’) wordt vervolgd met drie vragen naar problemen door alcoholgebruik (herinneringsprobleem, plichtsverzuim, relatieprobleem). Bij een of meer bevestigende antwoorden volgt stap 4 (anders einde procedure).
4. *Interventie*. Hierbij zijn er twee opties voor de huisarts: zelf het probleem bespreken of doorverwijzen naar het specialistisch spreekuur.

Bij de introductie van het project kregen de huisartsen het screenings- en verwijzingsprotocol uitgereikt in de vorm van een stroomdiagram op een gelamineerde kaart, in de hoop dat deze gemakkelijk bereikbaar zou blijven voor gebruik. Bij het specialistisch spreekuur was het uitgangspunt dat patiënten maximaal vijf gesprekken zouden hebben en daarna zo nodig doorverwezen zouden worden naar Bouman GGZ voor een meer intensieve en/of langdurige behandeling.

## Evaluatieonderzoek

De evaluatie van het project richtte zich op de volgende vragen.

1. In hoeverre slaagt de *implementatie* van de screeningsprocedure? Gaan en blijven de huisartsen het aange-reikte protocol (de kaart) gebruiken en zo niet, hoe komt dat dan?
2. Hoe *productief* is de screening? Hoeveel gevallen van alcoholproblematiek worden geïdentificeerd, hoeveel worden doorverwezen naar het specialistisch spreekuur en wat is de kwaliteit van die doorverwijzingen?
3. Hoe *waarderen* de huisartsen het screeningsprotocol en het specialistisch spreekuur in termen van ondersteuning bij hun werk?

Om te beginnen deden wij in alle deelnemende praktijken een prevalentie-meting van alcoholproblematiek. Daarvoor kregen per praktijk honderd recente spreekuurbezoekers een vragenlijst, de Alcohol Use Disorder Test (AUDIT), toegezonden per post respectievelijk uitgereikt in de wachtkamer. Een score van 8 of hoger op de AUDIT wordt algemeen aangemerkt als indicatie van een alcoholprobleem dat behandeling behoeft (Aertgeerts, Buntinx, Ansoms & Fevery, 2001; Anderson, Laurant, Kramer e.a., 2004). Daarom hanteren wij het percentage 8+ scores als maatstaf voor de productiviteit van de screening.

De huisartsen kregen registratieformulieren waarop zij hun screeningsactiviteiten konden bijhouden, zodat aan het einde van de onderzoeksperiode vastgesteld kon worden hoeveel mensen zij feitelijk hadden gescreend, met welke uitslag (positief of negatief) en wat zij met de positieve gevallen hadden gedaan aan behandeling of doorverwijzing. Door open interviews met elke huisarts aan het begin van het project en na twee en vier maanden, werd per huisarts vastgesteld hoe deze omging met alcoholproblematiek vóór de start van dit project en hoe hij vervolgens na de start van het project gebruik maakte van het screeningsprotocol en het specialistische spreekuur. De SPV’ers werden eenmalig geïnterviewd aan het einde van de onderzoeksperiode over de kwaliteit van de doorverwijzingen en het functioneren van het spreekuur.

<sup>1</sup> Dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw, programma Verslaving. Voor een volledig verslag Schutten, Jansen, Meerkerk, Van de Wetering en Van de Mheen (2004).

## Prevalentie van problematisch alcoholgebruik op de vier lokaties

Er zijn duidelijke verschillen in prevalentie tussen de lokaties, die grotendeels verklaarbaar zijn uit de verschillen in etnisch/culturele samenstelling van de betreffende patiëntenpopulaties. De Haven heeft een patiëntenbestand dat in meerderheid allochtoon en islamitisch is. Daar zijn dan ook veel geheelonthouders (46%) en relatief weinig mensen met alcoholproblemen (7%). Op de andere lokaties ligt het percentage geheelonthouders tussen 20 en 25 procent. Dit is relatief hoog vergeleken met Nederland als geheel, waar naar schatting 18 procent van de bevolking boven de twaalf jaar geheelonthouder is (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2005). Ook dit is terug te voeren op de relatief grote aantallen islamitische bewoners in de regio ten opzichte van Nederland als geheel. Het percentage spreekuurbezoekers met een AUDIT-score van 8 of hoger varieert in de vier lokaties tussen de 7 en 13 procent; het totaalpercentage is 9.

## Opvattingen en beleid van huisartsen bij aanvang

Bij de nulmeting vonden alle huisartsen dat het hun taak is om alcoholproblematiek te signaleren, ook zonder dat de patiënt zelf spontaan een alcoholprobleem naar voren brengt. Zij onderschreven daarmee de doelstellingen van dit project. In het algemeen hield men de norm aan van de NHG-standaard voor overmatig drinken: drie glazen per dag voor mannen en twee voor vrouwen als maximum. Ook in overeenstemming met de NHG-standaard vonden verschillende artsen de precieze hoeveelheid echter niet zo belangrijk en letten zij voornamelijk op medische of gedragsmatige uitingen van overmatig drinken.

‘De grens is als de patiënt er last van heeft of zijn omgeving er last van heeft, of dat zijn lichaam er last van heeft. Dat vind ik goede maatsstaven, meer nog dan hoeveel eenheden per dag of zo’ (huisarts 6, De Haven).

‘Als mensen vijf borrels op een dag drinken, zeggen te drinken, en er verder geen last van hebben, stel ik samen met de patiënt vast dat dat dus kan, kennelijk. Dat gebeurt niet zo vaak, maar ...’ (huisarts 3, De Vesting).

De ene arts is veel actiever wat betreft alcoholproblematiek dan de andere. Sommige huisartsen brengen het alcoholgebruik heel gemakkelijk ter sprake en hebben geen moeite om te helpen bij het verminderen van het alcoholgebruik. De meerderheid van de huisartsen doet echter zelf weinig aan behandeling, vooral omdat zij weinig vertrouwen hebben in de effectiviteit van wat zij te bieden hebben. Het aantal verwijzingen naar de verslavingszorg was in het jaar vóór de start van dit project vrijwel nihil. Dit komt vooral door gebrek aan vertrouwen bij de huisartsen, want zij weten niet of de patiënten

wel echt gaan als zij doorverwezen worden, wat er dan met hen gebeurt en wat er na afloop moet gebeuren. Bij het begin van het project hadden vrijwel alle geïnterviewde huisartsen dan ook meer belangstelling voor de laagdrempelige verwijzing dan voor de screeningsprocedure.

## Screening in de praktijk

De implementatie van het screeningsprotocol was slechts matig succesvol. Enkele huisartsen vonden vooral de vraag naar zes of meer glazen per dag drinken, een handig instrument. Anderen vonden dat het protocol weinig toevoegde aan wat zij al deden. Slechts een van de zestien deelnemende huisartsen ging het protocol systematisch gebruiken zoals het bedoeld was: bij vermoeden van alcoholproblematiek legde hij het op zijn bureau en liep het helemaal door. Anderen hadden het aan de muur hangen of kenden het uit hun hoofd, of waren het kwijtgeraakt en gingen door met de bestaande methodiek.

De productiviteit van de screening werd gedefinieerd als het aantal patiënten bij wie daadwerkelijk gevraagd werd naar het alcoholgebruik, in verhouding tot de ‘ware’ prevalentie van alcoholproblematiek volgens de AUDIT-scores. Ondanks het feit dat er in feite weinig gebruik gemaakt werd van het screeningsprotocol op de bedoelde wijze, zeiden vrij veel huisartsen dat zij na invoering van het project (screening plus verslavings-sprekuur) meer alcoholproblematiek hadden opgemerkt dan daarvoor. Zij waren naar eigen zeggen alerter geworden. In getallen uitgedrukt is het resultaat van die alertheid echter pover te noemen.

Naar schatting komen op het spreekuur per dag gemiddeld minstens twintig patiënten die tot de doelgroep behoren; dat is honderd per week. Per praktijk zouden dan elke week ongeveer negen gevallen van alcoholproblematiek opgemerkt moeten worden, die in aanmerking komen voor interventie en/of verwijzing naar de specialist. Dit aantal werd op geen enkele lokatie ook maar bij benadering gerealiseerd. In de meest productieve praktijken bleef het bij maximaal drie gesignaleerde gevallen per week, getuige interviews en ingevulde registratielijsten. Nauwkeurige bepaling van de productiviteit werd overigens bemoeilijkt door gebrekkig bijhouden van de registratielijsten.

## Specialistisch spreekuur

Bij twee lokaties verliep de implementatie voorspoedig (De Haven en De Vesting). De implementatie van het specialistisch spreekuur mislukte op één lokatie helemaal, want er kwamen te weinig verwijzingen om het spreekuur in stand te kunnen houden (Het Centrum). Op een tweede lokatie slaagde de implementatie maar

stopte de ‘aanvoer’ van nieuwe gevallen na enkele maanden vrijwel geheel (De Laan).

In De Haven werd de verwijzing naar de verslavingsdeskundige (SPV’er) geïntegreerd in een eerder gestart verwijzingsproject naar GGZ-werkers die vanuit een RIAGG waren gedetacheerd in de huisartspraktijk. Zowel de huisartsen als de verslavingsdeskundige waren hier erg positief over het spreekuur. Toch was het aantal verwijzingen niet indrukwekkend te noemen: 31 geslaagde verwijzingen in tien maanden tijd bij een patiëntenpopulatie van achtduizend personen. Maar deze 31 verwijzingen waren er wel veel meer dan zonder dit spreekuur gerealiseerd zouden zijn. In het jaar voorafgaande aan dit project werden in drie maanden tijd slechts twee patiënten doorverwezen.

In De Vesting duurde het lang voordat een plaats gevonden was voor het spreekuur. Dat lukte uiteindelijk nadat een van de huisartsen met zijn assistente de regie over de implementatie in handen nam. Ook hier bleef het aantal verwijzingen betrekkelijk laag in vergelijking tot de gemeten prevalentie van alcoholproblematiek. De SPV’er kreeg gemiddeld twee tot drie nieuwe cliënten per week, terwijl dat er volgens de prevalentietelling (9%) meer dan dertig hadden kunnen zijn. Maar niettemin was ook hier het aantal gerealiseerde verwijzingen aanzienlijk hoger dan in de oude situatie zonder het specialistische spreekuur; toen waren het er minder dan vijf per jaar.

Al met al betekent dit dat de kwantiteit van eigen interventies en verwijzingen weliswaar ver achterbleef bij de 9 procent spreekuurbezoekers met een AUDIT-score van 8 of hoger, maar dat er wel degelijk een stroom op gang kwam van lichtere gevallen van alcoholproblematiek naar gespecialiseerde hulpverlening.

#### Functioneren specialistisch spreekuur

De communicatie van de verslavingsdeskundigen (SPV’ers) met de huisartsen verliep via verschillende kanalen, zowel formeel als informeel.

Een SPV’er zei over zijn werkwijze onder meer dat deze aansluit bij de behoeften van de patiënt.

‘Nou ja, wat je net zag om tien uur bij de koffie, dat ik contact heb tussendoor. En vaak als ik overleg wil, dan doe ik dat om 12.00 uur, dan hebben ze geen patiënten meer en dan loop ik even de kamers af voor overleg. En een heel enkel keertje als ik hier ben, dan bellen ze me voor overleg en voor de rest allemaal via de briefjes. Ze stellen een vraag en ik zie een patiënt, dan beschrijf ik mijn bevindingen, wat advies en ik doe het in zijn postkastje. Dan is dat het.’

‘Het eerste is gewoon een kennismakingsgesprek, en dan komen we al snel kijken wat de patiënt wil en wat de

mogelijkheden zijn. Dat spreek ik ook vaak af: hé joh, bekijk het vijf gesprekken (...) en zit er dan vooruitgang in (...) dan kan ik eventueel wel doorgaan hier. Als dat niet lukt, heb je misschien toch wat meer nodig. Wat meer gesprekken, ja daar zit ik niet voor om iemand langdurig te behandelen.’

‘Ik hou aan wat de patiënt aangeeft, als die zegt ik wil op zaterdagavond wel drinken, maar doordeweeks niet, ik ga dan mee met wat de klant wil. [...] En heel vaak dat ze dan zeggen van nou eigenlijk wil ik er wel mee stoppen, nou dan overleg ik met die huisarts, dan zetten we ze op een librium afbouw schema en dat moet ik allemaal regelen.’

#### Kwaliteit doorverwijzingen

Uit de - zoals gezegd gebrekkige - registratie van de huisartsen kan worden opgemaakt dat de huisartsen selectief omgingen met de doorverwijzing. Maar dat verschilt vrij sterk per huisarts. Sommige huisartsen gingen bijna altijd zelf aan de slag met problematische drinkers, anderen verwezen meer naar de verslavingsdeskundige. Naar de ervaring van de SPV’ers waren de patiënten die op dit spreekuur kwamen veel minder ernstig verslaafd vergeleken met de patiënten die zij in de kliniek behandelden. Niettemin valt op dat in de beginperiode vooral een ‘reservoir’ van chronisch overmatige drinkers werd aangeboord. Hierbij was de geplande beperking tot vijf contacten onhaalbaar. Bovendien werd bij deze patiënten soms overgeschakeld op huisbezoek. Het onverwachte behandelen van chronische drinkers is een zeer positief neveneffect van het spreekuur. Zonder dit spreekuur zouden deze mensen waarschijnlijk nooit of pas in een veel slechtere toestand geholpen zijn. Later, na de eerste vier maanden (de onderzoeksperiode) kwamen in meerderheid de geplande ‘beginnende’ problematische drinkers op het spreekuur.

#### Evaluatie specialistisch spreekuur huisartsen en SPV’ers

‘Dat gaat dus heel snel, feedback op die manier. Dat zou je normaal natuurlijk nooit hebben, dan weet je niet wie er komt of wat er gebeurt. Maar nu is het binnen een week alweer rond’ (huisarts 3, De Haven).

Alle huisartsen en ook de gedetacheerde SPV’ers waren zeer positief in hun oordeel over de laagdrempelige behandeling. De belangrijkste voordelen boven de bestaande situatie:

1. snelle realiseerbaarheid van de verwijzing (nieuwe patiënten kunnen binnen een week terecht op het spreekuur);
2. effectiviteit van de verwijzing (vrijwel alle verwezen cliënten komen ook feitelijk aan bij de verslavingsdeskundige);

3. terugkoppeling van informatie over aankomst en behandeling;
4. vertrouwen van huisartsen dat er werkelijk iets gedaan wordt aan alcoholproblemen, zodat het zinvol is om mensen te motiveren tot de gang naar de specialist;
5. hoge therapietrouw van de doorverwezen patiënten.

Ook de enkele patiënten die hierover konden worden benaderd, waren positief over deze behandelvorm, wat overeenstemt met de geconstateerde therapietrouw. Of dit ook geleid heeft tot duurzame verandering van drinkgewoonten, is niet onderzocht.

## Conclusie en discussie

De implementatie van de laagdrempelige screening en behandeling van alcoholproblematiek was op drie van de vier lokaties min of meer geslaagd. De aanwezigheid van een plaatselijke ‘trekker’ bleek daarbij een belangrijke factor; deze zorgde voor stabiele communicatielijnen en snelle probleemsigalering en -oplossing. Op een van de lokaties werd het spreekuur ingebed in een breder verwijsproject van de RIAGG. Die inbedding leek ook productief te zijn voor het verslavingssprekuur. Op enkele andere plaatsen in de regio, die buiten het hier gepresenteerde project vielen, werd het verslavingsprekuur sec geïmplementeerd zonder de screeningsprocedure en zonder begeleidend onderzoek. Telefonische navraag leerde dat het spreekuur daar ongeveer even goed verliep als in de andere geslaagde twee lokaties.

De implementatie van het spreekuur was aanzienlijk succesvoller dan de implementatie van de screening. Het screeningsprotocol bleek voor veel huisartsen weinig meerwaarde te hebben boven wat zij al deden en wisten. Slechts een enkeling vond het protocol behulpzaam bij het gesprek met patiënten over hun alcoholgebruik, zonder dat dit overigens veel verschil leek te maken voor het aantal behandelingen dat daaruit voortvloeide. De ‘bottleneck’ lag kennelijk bij het begin, in de ‘attenderingsfase’. Voor er nieuwe pogingen worden ondernomen om huisartsen te activeren voor het opsporen van alcoholproblematiek lijkt het van belang om de ratio daarvan nog eens tegen het licht te houden en dan vooral vanuit de positie van de huisarts.

De resultaten van het evaluatieonderzoek bevestigen grotendeels wat ook in Deens onderzoek gevonden werd (Beich, Thorsen & Rollnick, 2003). Verschillende huisartsen waren en zijn niet erg overtuigd van de noodzaak tot strenge screening op alcoholconsumptie in enge zin. Zij letten erop of mensen echt aantoonbaar gezondheidsschade oplopen door hun alcoholgebruik. Zo niet, dan hebben zij er weinig behoefte aan om mensen te

onderhouden over hun leefgewoonten. En bij de meeste klachten is de relatie met alcoholconsumptie niet zo duidelijk.

Een ander aspect is de biografische dynamiek: veel jongvolwassen Nederlanders drinken minimaal eenmaal per week zes of meer glazen bier. Maar de meesten houden dat niet langer dan een paar jaar vol; het gaat ‘van-zelf’ over. Er is nog weinig bekend over de exacte relatie tussen enerzijds de duur van overmatig drinken en de levensfase waarin dit gebeurt en anderzijds de gezondheidseffecten ervan op latere leeftijd.

Tot slot moet niet vergeten worden dat huisartsen nog enkele andere zaken hebben om op te letten, en zoals een huisarts treffend verwoordde: ‘Als wij alles zouden doen wat in de standaarden staat, dan hadden we tienmaal zoveel werk.’ Dit alles neemt niet weg dat het van belang is om te werken aan de motivatie van huisartsen om meer aandacht te besteden aan de opsporing van alcoholproblematiek. Juist de combinatie met een laagdrempelig specialistisch spreekuur lijkt daarvoor een goede voedingsbodem.

## Tot besluit

Samenvattend kunnen we stellen dat vooral de laagdrempelige behandeling in de vorm van een verslavingssprekuur in de eerstelijns-gezondheidszorg een succes is gebleken. Huisartsen verwezen meer patiënten en er was een veel betere communicatie tussen huisartsen en verslavingsdeskundigen (SPV’ers). Daarvan profiteerden de patiënten (snelle toegankelijke hulpverlening) maar zeker ook de huisartsen (werklast, gevoel van effectiviteit, kennisverwerving).

Er is dan ook alle reden om deze spreekuren voort te zetten en ook op andere plaatsen te implementeren. Dat gaat ook gebeuren in een nieuw implementatieproject dat in ontwikkeling is. Hierin wordt meer aandacht besteed aan de implementatie van de screening, waarbij intensief contact wordt gehouden over zowel motivationele als eventuele praktische problemen daarbij.

## Literatuur

- Aertgeerts, B., Buntinx, F., Ansoms, S., & Fevery, J. (2001). Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *British Journal of General Practice*, 51, 206–217.
- Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Wensing, M., Grol, R., Heather, N., & Saunders, J. (2003). Attitudes and management of alcohol problems in general practice: Descriptive analysis based on findings of a world health organization international collaborative survey. *Alcohol & Alcoholism*, 38, 597–601.

- Anderson, P., Laurant, M., Kramer, E., & Wensing, M. (2004). Engaging general practitioners in the management of hazardous and harmful alcoholconsumption: Results of a meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 191-199.
- Arborelius, E., & Thakker, K.D. (1995). Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? *Family Practice*, 12, 419-422.
- Beich, A., Thorsen, T., & Rollnick, S. (2003). Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 327, 536-542.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2005). *Gerapporteerde gezondheid en leefstijl* (<http://statline.cbs.nl>).
- Hodgson, R., Alwyn, T., John, B., Thom, B., & Smith, A. (2002). The FAST Alcohol Screening Test. *Alcohol & Alcoholism*, 37, 61-66.
- Hupkens, C.L., Knibbe, R.A., & Drop, M.J. (1993). Alcohol consumption in the European community: Uniformity and diversity in drinking patterns. *Addiction*, 88, 1391-1404.
- Meerkerk, G.J., Aarns, T., Dijkstra, R.H., Weisscher, P., Njoo, K., & Boomsma, L.J. (2005). NHG-standaard Problematisch alcoholgebruik. *Huisarts en Wetenschap*, 48, 284-295.
- Poppelier, A., Wiel, A. van de, & Mheen, D. van den (2002). *Overdaad schaadt: een inventarisatie van lichamelijke gevolgen van sociaal geaccepteerd alcoholgebruik en binge drinken*. Rotterdam: IVO.
- Schippers, G.M., Geerlings, P.J., & Brink, W. van den (2001). Aandacht van huisartsen voor alcoholproblemen. *Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde*, 18, 9-13.
- Schutten, M., Jansen, H.A.M., Meerkerk, G.-J., Wetering, B. van de, & Mheen, H. van de (2004). Laagdrempelige screening en behandeling van alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk. "Zelfde gang, deurtje verder". Rotterdam, IVO-reeks nr. 33.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., Dorsselaer, S. van, & Graaf, R. de (2003). *Bovenmatig drinken in Nederland. Uitkomsten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Zutphen, W.V., Olst, E.J.V., Cornel, M., Willink, A.E., & Hoeksema, H.L. (1990). NHG-standaard problematisch alcoholgebruik. *Huisarts en Wetenschap*, 33, 280-285.